

Трансформация искусственного аборта из метода регулирования рождаемости в редкий, нетипичный способ прерывания нежелательной беременности, снижение его частоты до уровня западноевропейских стран должны стать задачей российского общества, правительства, органов управления здравоохранения.

АБОРТ: ЭТИЧЕСКИЕ, РЕЛИГИОЗНЫЕ, ФИЛОСОФСКИЕ, ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

А.Г.Андреасян, К.В.Акульшина
 Научный руководитель – асс. Л.Н.Ситникова
 Воронежская государственная медицинская академия им.
 Н.Н.Бурденко
 Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Проблема искусственных абортов многогранна, она должна рассматриваться не только с медицинской точки зрения, но и как этическая, философская, религиозная, правовая проблема. Вопрос об аборте – это вопрос о репродуктивном здоровье, репродуктивном выборе и репродуктивных правах человека. Репродуктивное здоровье – важный аспект общего здоровья, предполагающий способность человека производить потомство, а также общественного здоровья, определяющего социальное и экономическое благополучие страны. Репродуктивный выбор – это проявление моральной автономии личности в вопросах деторождения.

Под репродуктивными правами понимают права супружеских пар и отдельных лиц свободно, без какой-либо дискриминации, принуждения и насилия, принимать ответственные решения относительно числа детей, интервалов между их рождением, времени их рождения. Для каждой женщины право на свободный репродуктивный выбор – это право на свободу при принятии решения по реализации ее репродуктивной функции – наступлению нежелательной беременности и рождению желанных детей, использованию методов контрацепции, а в случае наступления незапланированной беременности – возможность ее прерывания при условии оказания доступной, безопасной, эффективной и высококвалифицированной медицинской помощи. Женщина рождает то количество детей, которое соответствует условиям и ситуации, в которой она находится. В современном обществе аборт неизбежен, так иногда только забеременев, женщина осознает, что на данном этапе своей жизни она не хочет иметь ребенка.

В нашей стране особую актуальность проблема абортов приобретает на фоне демографического кризиса, снижения уровня общественного здоровья, а также в связи с изменением законодательства по вопросам прерывания беременности.

Цель работы – изучение проблемы абортов с различных точек зрения: этики, морали, философии, науки, религии, права.

Задачи исследования: изучить отношение общества, государства, науки, религии к проблеме искусственных абортов; изучить историю изменения законодательства России по проблеме искусственного прерывания беременности и современное правовое регулирование проблемы абортов.

Для выполнения данной работы были использованы данные, полученные при анализе научной литературы по представленной теме, и изучении законодательства России по вопросам регулирования репродуктивного здоровья – ретроспективно и на современном этапе.

Именно искусственный аборт, как преднамеренное прерывание беременности в лечебном учреждении или вне его (внебольничный аборт), является морально-этической проблемой, по поводу которой нет единства мнений в общественном сознании.

С одной стороны, аборт – это сугубо личная, медицинская проблема самой женщины, в которую никто не должен вмешиваться. Это одна из медицинских операций, как и при любой другой хирургической операции все решается врачом и пациентом. С другой стороны, аборт – этическая проблема: женщина решает моральную проблему: жизнь или смерть будущего человека. В отличие от любой другой хирургической операции, преследуется особая цель – уничтожить жизнь, убить бесправное человеческое существо, по сути с этой точки зрения врач становится соучастником убийства.

Многочисленные демонстрации «за» и «против» абортов проходят почти во всех странах мира. Проблема абортов на Западе давно уже переросла из медицинской в этическую и оформилась в политическую проблему. Фактически Запад разделен на два лагеря. Одни считают, что аборт – это грех, преступление и убийство, так как жизнь ребенка начинается в момент зачатия. Другие уверены, что до определенной стадии развития ребенок является частью тела своей матери, которой она вольна распоряжаться по своему усмотрению.

В России один из самых высоких в мире уровней распространения абортов. Поэтому этические и этико-правовые проблемы искусственного прерывания беременности не менее остро стоят и в нашей стране, но гораздо реже привлекают внимание общественности, дискуссии по проблеме аборта только начинаются. У нас действует как общественное движение, выступающее против права на аборт, так и организации, защищающие это право. Большинство населения при этом придерживается средних взглядов: не поддерживая запрет абортов, россияне, как правило, считают аборт вредным для здоровья женщин и приветствуют некоторые ограничения права на аборт.

По результатам исследований в 2007 году 57% россиян высказались против запрета абортов, а в 2010 году число убежденных противников запрета абортов снизилось до 48%. Доля сторонников разрешения абортов только по медицинским показаниям за этот период выросла с 20% до 25%, а доля убежденных сторонников запрета абортов – с 15% до 16%.

По результатам интернет-опроса, проведенного в 2011 году, о мерах по ограничению права на аборт, которые рассматривались в тот момент в Государственной Думе, 91% россиян поддерживали такие меры, как информирование о последствиях аборта, 45% высказались за направление женщины, решившей сделать аборт, на прослушивание сердцебиения плода, 65% считали разумным предоставить ей «неделю тишины» на обдумывание решения о прерывании беременности, 53% высказались против выведения абортов из перечня бесплатных медицинских услуг.

Вопрос о том, когда начинается человеческая жизнь – вопрос научный, философский, юридический, теологический. С точки зрения современной биологии жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал. На всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий организм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума.

Проблема аборта будет оставаться открытой общечеловеческой моральной проблемой, пока не будут найдены нравственно достойные пути ее решения. Основной трудностью при этом является вопрос о статусе человеческого плода. К настоящему времени проблема определения возраста, с которого эмбрион (плод) человека можно рассматривать как личность, обладающую правами и защищаемую законодательством, несмотря на широкое обсуждение на международном уровне, не решена. В нашей стране проблемы, связанные с определением личностного статуса плода человека, только начинают подниматься. От установления начальной границы обретения зародышем статуса личности зависит законодательное право плода человека на жизнь. Ученые считают, что «формула жизни» должна быть адекватной уже существующей в рамках действующей правовой системы «формуле смерти». Критерием смерти человека признается смерть его мозга, следовательно, граница внутриутробного личностного статуса плода должна характеризоваться появлением основного субстрата головного мозга, что соответствует 8 неделям беременности. Этот срок может определяться в качестве искомой границы обретения зародышем статуса человеческой личности. На современном этапе развития медицины таким «пределом» является установленный ВОЗ срок в 22 недели беременности. Начиная с этого момента, считается целесообразным рассматривать плод как личность с определенными правами, находящуюся под защитой закона.

В последнее время к антиабортному движению присоединилась русская Православная Церковь. Публикации религиозного характера отстаивают запрет на аборты. Согласно православным церковным канонам, умышленно погубившая женщина в утробе зачатый плод подлежит осуждению, как за убийство. С церковной точки зрения человеческая жизнь начинается не рождением и кончается не смертью, этими веками ограничивается один из этапов человеческой жизни, которому предшествует внутриутробная жизнь, за этим этапом следует загробная жизнь.

Проблема искусственного прерывания беременности обществу рассматривается, прежде всего, как явление социальное. Численность населения Земли увеличивается в геометрической прогрессии, только за последнее столетие – с полутора миллиардов до 7 121 836 029. В год на планете рождается около 75 миллионов младенцев. При таких темпах перенаселение перестает быть чисто научной проблемой. По прогнозам ученых Земля способна приютить и прокормить 12-14 миллиардов человек, после чего начнутся проблемы с водой, пищей, теплом, и воздухом. Еще одной проблемой, помимо огромной нагрузки на природу является то, что прирост населения происходит в основном за счет очень бедных развивающихся стран, а население благополучных стран практически не увеличивается. Сейчас на одного жителя развитых стран приходится пять жителей развивающихся. По прогнозам ООН в 2050 году на Земле будет жить примерно 9 миллиардов человек, из которых 8 миллиардов бедных и один процветающий. Поэтому во всех странах, особенно в «плодовитых» развивающихся, уже сегодня должна проводиться разумная демографическая политика.

Рождаемость в рамках действующего запрета на практику абортов, вопреки ожиданиям, не повышается. Запрет на аборты на уровне закона – нецелесообразное решение, поскольку будет больше вреда, чем ожидаемой пользы: увеличивается число криминальных внебольничных абортов и, как следствие этого, материнская смертность. Запрет абортов не решает проблемы потребности семьи в определенном количестве детей. Такой запрет равнозначен полному лишению свободы, превращению общества в демографическую тюрьму, принуждающую к деторождению.

При запрете абортов придется также иметь дело с рождением нежеланных детей, родительской жестокостью, отказами от детей, детоубийствами, пренебрежением родительскими обязанностями, проблемами матерей-одиночек и несовершеннолетних матерей. Ребенка недостаточно родить, его необходимо окружить любовью и вниманием. Ежегодно рождается тысячи детей, которые становятся сиротами при живых родителях, живут на государственном попечении. Лозунг, провозглашенный организациями по планированию семьи: «Желанный ребенок в желанное время» – сейчас очень актуален.

В истории абортов в России условно можно выделить четыре этапа. В царской России аборт был запрещен, законодательство было очень строгим, наказание за производство аборта предусматривалось и для женщины, и для врача. Не было даже статей, разрешающих аборты по медицинским показаниям. Несмотря на это, были распространены аборты и их тяжелые последствия: повреждение репродуктивных органов, септическая инфекция, высокая смертность. Аналогичное законодательство действовало по всей Европе. В 1914 г. в России производилось около 400 тысяч абортов. В 1920 г. совместное Постановление Наркомздрава и Наркомюста временно допустило производство абортов в больничной обстановке. В то время Россия была первой и единственной страной в мире, имевшей настолько свободное законодательство об абортах. Причины легализации «аборта по просьбе» – размеры бедствий, наносимые подпольными абортами. Уже к 1924 г. власти столкнулись с нехваткой «абортных коек» в государственных клиниках.

В 1936 г. Постановлением ЦИК и СНК СССР для повышения рождаемости в стране аборты были опять запрещены в связи с сокращением числа рождающихся детей и снижением общей численности населения: демографические последствия голода, массовых репрессий, коллективизации и индустриализации были катастрофичны. Аборт допускался только в больницах и исключительно в случаях, когда продолжение беременности представляло угрозу для жизни и здоровья беременной, при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей. Нарушение установ-

ленных условий каралось лишением свободы, созданные медико-правовые кабинеты осуществляли надзор за беременными, которым было отказано в аборте по медицинским показаниям.

В 1955 г. аборты в СССР были вновь узаконены. В то время рождаемость в стране по-прежнему падала, однако это происходило не вследствие распространения абортов или противозачаточных средств, а за счет криминальных абортов. Легализация «аборта по просьбе» стала выбором меньшего зла ввиду увеличения числа подпольных операций, имевших трагические последствия для репродуктивного здоровья женщин и нации в целом.

Немного позже аналогичное либеральное законодательство было принято в большинстве западных стран: Великобритании (1967), США (1973), Франции (1975). Основой для легализации абортов стали соображения разумного примирения с неизбежным злом, однако, решающую роль, в частности в США, на рубеже 70-х годов сыграла борьба феминистских движений за право женщины на аборт.

Статистика абортов в СССР долгое время была засекречена, обнародование в конце 1980-х годов этой информации убедительно дало понять, что СССР занимал одно из первых мест в мире по количеству абортов. С 1955 г. начался взрывной рост числа абортов, к 1964 г. был установлен рекорд – 5,6 млн. (169 абортов на 1000 женщин фертильного возраста). К 1980 г. их число медленно снижается до 4,5 млн. (90,0 на 1000 женщин фертильного возраста). При суммарной оценке демографических потерь от абортов в 60-80 гг. XX века (90 млн.) следует, что они нанесли России в 2,5 раза больше ущерба, чем Первая мировая, Гражданская и Великая Отечественная войны вместе взятые.

Последний перелом в абортной политике России произошел в начале 90-х годов прошлого века – признание Минздравом концепции планирования семьи и создание национальной ассоциации планирования семьи (РАПС). Планирование семьи – это система социальных, культурных, правовых и медицинских мер, направленных на свободное и ответственное решение супругами и отдельными лицами вопроса о числе детей, времени их рождения, а также рождение здоровых и желанных детей.

В 1994 г. Указом Президента РФ была утверждена федеральная целевая программа «Планирование семьи». Созданные центры по профилактике абортов, семейные центры, где можно было получить консультацию сексологов и гинекологов, помогли многим парам решить их проблемы. Однако в 1998 г. депутаты Госдумы закрыли указанную президентскую программу, за время ее работы количество абортов в России снизилось с 4,5 млн. до 1,8 млн. В школах отменили уроки по половому воспитанию, а кривая абортов пошла вверх. Но от сексуальной неграмотности страдают не только подростки, тридцатилетние женщины, сделавшие не меньше десятка абортов, не знают, как предохранить себя от нежелательной беременности.

В настоящее время в нашей стране одно из самых либеральных законодательств об аборте. Федеральным законом №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. До 12 недель беременности для проведения аборта достаточно желания женщины. На сроках 4-7 недель и 11-12 недель аборт проводится не раньше, чем через 48 часов, а на сроках 8-10 недель – не раньше, чем через 7 дней после обращения женщины в медицинское учреждение. Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по социальным показаниям проводится при сроке беременности до 22 недель. Постановление Правительства РФ № 98 от 06.02.2012 г. «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» сократило перечень социальных показаний для прерывания нежелательной беременности: теперь легальный аборт на поздних сроках возможен лишь у жертв насилия. Аборт по медицинским показаниям может быть проведен независимо от срока беременности, если беременность стала угрозой здоровью и жизни матери, при наследственных заболеваниях и тяжелых пороках развития плода.

История российского законодательства об абортах доказывает, что наложение правового запрета на практику искусственного прерывания беременности нецелесообразно. Необходимо компетентное применение альтернативных искусственному прерыванию

беременности методов контроля над рождаемостью, просвещение населения в области репродуктивного здоровья и совершенствование служб планирования семьи. Планирование семьи – это дети по желанию, а не по случаю, и это возможно лишь в случае сознательного, свободного и ответственного родительства.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЗНАКОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ВОРОНЕЖА

А.И. Балакирева

Научные руководители: д.м.н., проф. Л.И. Лавлинская; д.м.н., асс.

Е.А. Балакирева

Воронежская государственная медицинская академия им.

Н.Н. Бурденко

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Кафедра педиатрии и детских болезней

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессивным течением.

Дифференцированная ДСТ (ДДСТ) характеризуется определенным типом наследования, отчетливой клинической картиной и генными и/или биохимическими дефектами (синдром Элерса-Данло, синдром Марфана, синдром Альпорта, несовершенный остеогенез т.д.). Недифференцированная ДСТ (НДСТ) диагностируется тогда, когда у пациента характерный набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний. Для НДСТ характерны различные синдромы с заинтересованностью всех органов и систем. Психоневрологические особенности, которые отмечаются в современной литературе по НДСТ включают в себя: поведенческие нарушения, невротическое развитие, истерикоподобные реакции, пароксизмальные состояния, энурез, задержку развития (моторного, речевого, психического), вегетативную дисрегуляцию, сосудистые расстройства, в том числе ранние инсульты. Таким образом конституциональные особенности, в сумме составляющие симптомокомплекс НДСТ, могут быть чреватые серьезными заболеваниями всех органов и систем, в первую очередь нарушениями психоневрологического характера, что и обусловило актуальность проблемы.

Цель исследования – анализ распространенности ДСТ у детей, посещающих амбулаторные учреждения г. Воронежа социологическим методом.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование родителей, посещающих детские амбулаторные учреждения г. Воронежа. Анкеты были распределены по детским поликлиникам 4 районов г. Воронежа, где выдавались родителям вместе с амбулаторными картами. Из них заполненными были возвращены 202 анкеты, незаполненными – 136 (итого 338), не вернули – 662 анкеты. На заполненных анкетах оставили свои координаты – 39 человек, которые были приглашены на консультацию педиатрии-невролога-генетика. Активно обратились за консультацией по указанным телефонам 7 человек. Таким образом, по результатам анкетирования было осмотрено 46 детей.

Результаты: по результатам анкетирования оказалось, что родители отмечают у своих детей: патологическую подвижность суставов – в 32,1% случаев, гиперэластичность кожи – 33,1%, искривления позвоночника – 32,1%, плоскостопие – 36,1%, склонность к вывихам/переломам – 13,3%, наличие грыж и др. аномалий – 5,9%, склонность к сыпи – 35,6%, «плохие» зубы – 28,2%, склонность к носовым кровотечениям – 23,3%, наличие навязчивых движений – 19,3%, нарушения сна, поведения – 22,3%, энурез – 4,5%, затяжные инфекции – 26,2%, задержка развития – 13,4%. У 16,8% осмотренных пациентов медики отмечали нарушения зрения и в 26,2% – шумы в сердце, до настоящего обращения. Родители осмотренных детей сообщили, что аналогичные признаки наблюдались

в 30% у других членов их семей, а также в 17% случаев в семье наблюдались гимнасты и танцоры среди родственников.

Выводы. Уровень заинтересованности родителей, посещающих детские поликлиники г. Воронежа, в профилактических мероприятиях по сохранению здоровья своих детей крайне низок – не более 5%. Активное выявление патологии среди детей, посещающих детские поликлиники очень низкое, о чем свидетельствует незнание родителей (46 осмотренных и 138 опрошенных) о проблемах, связанных с ДСТ. Полученные данные обосновывают необходимость проведения обширного популяционного исследования для раннего выявления признаков ДСТ, предотвращения инвалидности и семенной профилактики.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

А.А. Белых, Е.А. Разгоняева

Научные руководители: д.м.н., проф. Л.И. Лавлинская; асс.

Л.Н. Ситникова

Воронежская государственная медицинская академия им.

Н.Н. Бурденко

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Практически во всех странах мира растет количество курящих людей, в том числе женщин, и беременные не исключение. У курящих беременных, а также женщин, куривших до беременности, наблюдается увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, рост частоты недоношенности и недостаточность массы тела детей при рождении, нарушение грудного вскармливания новорожденных, снижение адаптационных возможностей и риск заболеваний новорожденных, увеличение числа врожденных пороков развития, ухудшение физического и психического развития ребенка.

Курение и беременность в настоящее время довольно распространенная ситуация, однако курение во время беременности является одним из наиболее опасных факторов для плода. Как известно, мать, плод и плацента представляют собой единство, вредные вещества попадают сначала в кровь матери, а потом через плаценту и в кровоток ребенка, и это проявляется различного рода нарушениями, развивающимися во время беременности у курящих матерей. Степень поражения организма ребенка во многом зависит от количества выкуриваемых матерью сигарет и от срока гестации. Осложнения беременности, описываемые у курящих женщин, разделяют на осложнения в организме матери, в организме эмбриона, плода, новорожденных и детей более старшего возраста.

Цель работы – выявить взаимосвязь между курением женщин и нарушениями их репродуктивного здоровья.

Были поставлены следующие задачи: изучить распространенность курения, в том числе среди женщин до беременности и во время беременности, исследовать взаимосвязь курения женщин и нарушений их репродуктивного здоровья, нарушений здоровья их детей.

Для выполнения работы были использованы данные, полученные при анализе научной литературы по представленной теме.

Курение как таковое (если рассматривать в этом качестве вдыхание дыма от сгорающих растений) ведет свой отсчет с незапамятных времен (Индия, Египет, Греция, Китай). Старый Свет узнал о табаке в 1493 г.: в Европу из Америки табак завез Колумб. В середине XVI в. табак распространяется по Западной Европе и Турции. В Россию табак, по-видимому, попал в конце XVI века и был встречен не очень приветливо: торговцев табаком ждала смертная казнь. К концу XVIII в. уже нет в мире ни одной страны, где бы не знали табака. Распространение табака во многих странах вызвало сильное противодействие. Правительства разных стран пытались бороться с табакокурением. Однако с годами к вредной привычке приобщились взрослые, молодые люди, подростки и даже дети.

Врачи боролись против курения, но не очень успешно. О том, что табак вреден для здоровья, знали давно. В настоящее время проблеме курения, особенно в России, уделяется недостаточное внимание. На рекламу табака и связанного с ним товара выделяется несравнимо больше денег, чем на антитабачные кампании.